Das San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) 2008: Ein anderer Kongressbericht

bcaction.de/das-san-antonio-breast-cancer-symposium-sabcs-2008-ein-anderer-kongressbericht

4. Januar 2009

(Last Updated On: 1. Mai 2020)

Alle Jahre wieder … Die Kongress-Lektüre zum Jahreswechsel: Barbara Brenner, Allison Young und Jane Zones (Breast Cancer Action, San Francisco) waren da. Natürlich hat Dr. Susan Love auch das 31. Breast Cancer Symposium (SABCS) vom 10. bis 14. Dezember 2008 in San Antonio besucht.

Die Berichte von Breast Cancer Action haben Beate Schmidt & Gudrun Kemper gesichtet und eine „Kurzversion“ zusammengestellt, um einen Ausblick auf Gedanken und Aktivitäten, die auch Wissenschaft und Forschung beschäftigen, zu ermöglichen.

Inhalt [Ausblenden]

Brustkrebs vermeiden I: Hormone vermeiden

Zum Abstract 64/SABCS 2008 (**Breast cancer after stopping estrogen plus progestin in postmenopausal women in the women’s health initiative (WHI)**, Chlebowski RT) berichtet Barbara Brenner, dass Dr. Chlebowski Daten aus der WHI-Studie zu Frauen vorgestellt hat, die eine Kombination aus Östrogen und Progestin (künstliches Progesteron) erhalten hatten. Diese Hormontherapie führte zum **Anstieg von Brustkrebserkrankungen**, unabhängig von der Screening-Teilnahme. Auf Rückfragen betonte Chlebowski, dass es nicht möglich sei, eine „sichere“ Zeitspanne für diese Medikamentensubstitution zu definieren. Im Beitrag zum Abstract 65/SABCS 2008 (**Hormone therapy use before diagnosis and breast cancer survival in the California Teachers Study**, Marshall SF) wurde ferner nachgewiesen, dass es bei Frauen, die vor ihrer Brustkrebsdiagnose eine Hormontherapie erhalten hatten, zu einem **statistisch signifikanten Anstieg der Brustkrebssterblichkeit um 5%** kam.

Brustkrebs vermeiden II: Kosmetika

Die Pharmakologin Dr. Adrienne Olson legte eine Präsentation zum **unwissentlichen Verbrauch von östrogenhaltigen Kosmetika** vor. Östrogene werden durch die Haut noch schneller vom Körper absorbiert als bei oraler Einnahme. Insbesondere Frauen mit Östrogenrezeptor positivem Brustkrebs müssen Östrogene vermeiden, wenn sie nicht eine Erhöhung des Rezidivrisikos riskieren wollen. Die Untersuchung von 16

gebräuchlichen Feuchtigkeitscremes, die sämtlich Östrogene als Inhaltsstoffe nicht angegeben hatten, ergab, dass sechs der Cremes **Östrogene in zum Teil beträchtlichem Maße** enthielten. Da Frauen gar nicht die Chance haben, diese Inhaltsstoffe – bzw. diese mögliche systemische Zufuhr – festzustellen, wurden die Interessenvertreterinnen aufgefordert, hier mit der FDA zusammenzuarbeiten, um die Produkte, die Östrogene oder Designer-Östrogene enthalten, zu identifizieren.

Brustkrebs vermeiden III: Medikamentöse Prävention

Lasofoxifene ist ein Mittel gegen Osteoporose, das das Brustkrebsrisiko um 85% senken kann. Dieses ist jedoch lediglich eine statistische Größe, über die man genau so streiten kann wie über den Ansatz einer medikamentösen Verhinderung von Brustkrebs (Weiterlesen: bei uns im Blog zum Abbruch der STELLAR-Studie bzw. auf der Website im Abschnitt Prävention). In der auf dem SABCS vorgestellten Studie erkrankten 15 Frauen aus der Lasofoxifene- und 21 Frauen aus der Placebogruppe – ein denkbar geringer Unterschied bei 8.500 Teilnehmerinnen, insbesondere wenn man z.B. **das erhöhte Thromboserisiko** für all diejenigen mit in Betracht zieht, die das Medikament einnehmen. – Das Medikament Lasofoxifen ist von der FDA in den USA bisher nicht zugelassen worden. Barbara Brenner verweist außerdem darauf, dass die meisten Forscher, die an dieser Studie beteiligt sind, auf irgendeine Weise auf der Gehaltsliste des Herstellers stehen.

Brustkrebs vermeiden IV: AVON & Love

Auf einer Veranstaltung der Alamo-Foundation traf Barbara Brenner die bei uns durch ihr „Brustbuch“ und ihr „Hormonbuch“ bekannte Brustkrebs-Expertin Dr. Susan Love. Love sucht momentan weltweit eine „Frauenarmee“ (**Army of Women**, http://www.armyofwomen.org/), um sie als Teilnehmerinnen für eine Studie zu den Ursachen von Brustkrebs zu motivieren, was von der AVON-Foundation unterstützt wird. Über 260.000 Frauen weltweit haben sich bisher gemeldet (aktuelle Zahlen zeigt die Webseite), geplant sind **eine Million Teilnehmerinnen**. Durch diese große Anzahl soll es gelingen, in Untergruppen (z.B. Schwestern, Isländerinnen, junge Frauen mit Brustkrebs, ältere Frauen mit Brustkrebs, Frauen mit genetischen Veränderungen usw.) eine genügend große Teilnehmerinnenzahl zu erreichen, um Antworten auf spezifische Fragestellungen (etwa sortiert nach Stillzeiten, Ausbildungsstand etc. etc.) zu finden. Auch hier will Susan Love wieder ihrer Schlüsselfrage nachgehen, nämlich zu **lernen, wo die Krankheit beginnt**, um sie später einmal bereits „vor dem Ausbruch“ zu stoppen. Breast Cancer Action diskutierte die im Zusammenhang mit Krebs übliche „militärische“ Sprache, die uns mit Begriffen wie rekrutieren, eskalieren etc. bestens bekannt ist. Doch die Entscheidung ist sowieso längst gefallen und Susan Love genießt mit ihrem seit Jahrzehnten neutral ausgerichteten unglaublichen Engagement und ihrer phänomenalen Fachkompetenz das uneingeschränkte Vertrauen von Frauen wie wohl niemand sonst weltweit. Sie wird es also sicherlich schaffen, eine Million Frauen zu finden, nicht zuletzt mit Unterstützung des Internets.

Bildgebende Verfahren zur Früherkennung und Diagnostik

Dr. Wendie Berg hielt am 13. Dezember 2008 einen Vortrag zum Ultraschall der Brust (engl.: Breast Ultra Sound), bei dem sie u.a. Ultraschall als „Screening-Intervention“ diskutierte. Diese Untersuchung erscheint Vielen besonders wertvoll, da sie nicht mit so negativen Eigenschaften wie etwa dem Einsatz ionisierender Strahlung bei der Mammographie belastet ist. Berg ist Radiologin, wie Barbara Brenner festhält, und auch sie betont, dass die **Mammographie der „Gold-Standard“** ist. Sie wendet ihre Aufmerksamkeit Frauen zu, die möglicherweise nicht im gleichen Maße wie andere von der Mammographie profitieren können (z.B. Frauen mit strahlendichtem (festem) Brustdrüsengewebe und Frauen, die in eine Hochrisikogruppe fallen). Zum Einsatz der MRT (Magnetresonanztomographie / Kernspin) verweist Berg auf die ACS-Leitlinie (s. dazu auch http://www.bcaction.de/03info/mrt.htm#ACSLeitlinie). Für Frauen, die sowohl Mammographie wie auch MRT erhalten, ist ein zusätzlicher Brustultraschall nicht erforderlich, so Berg. **Für Frauen mit mittlerem Risiko sah die Wissenschaftlerin „ungenügende Evidenz“ für und auch gegen die MRT.** Die Untersuchung sei teuer und fände in dieser Situation auch wenig Akzeptanz („not well tolerated“) bei Frauen. Für diese Gruppe findet die Referentin dagegen positive Aspekte beim Brustultraschall (preiswerte Untersuchung, keine Strahlenbelastung, gute Akzeptanz bei Frauen). Brenner verweist auf die Ergebnisse einer weiterhin laufenden Studie zum **Brustultraschall (ACCEIN 666)**, die im Mai 2008 erstmals im Journal of the American Medical Association (JAMA) publiziert wurde: Kleine Tumore könnten ohne Lymphknotenbefall gefunden werden, jedoch für den Preis von **hohen Raten falsch-positiver Befunde und damit vielen unnötigen Biopsien**. Nach wie vor kann Ultraschall bei kleinen Auffälligkeiten im Befund nicht gut nachweisen, ob es sich um solide Strukturen oder Flüssigkeiten handelt, jedoch wird an Lösungsansätzen gearbeitet. Für **Hochrisikofrauen**, die MRT nicht akzeptieren können, sei der Brustultraschall ein Weg, wenn man mit hohen Raten falsch-positiver Befunde leben könne. Fragen der Erfahrungen mit dieser Untersuchung („technologist training“) sowie hinsichtlich der Kostenübernahme wurden diskutiert. Ultraschall sei eine Ergänzung zur Abklärung von mammographischen Befunden, **jedoch kein Ersatz für die Mammographie**, so erklärt auch diese Referentin – Stand 2008.

Krankheitsbild I: Zirkulierende / Disseminierte Tumorzellen

Im Blut nachgewiesene zirkulierende Tumorzellen wurden im Zusammenhang mit einer Metastasierung bzw. möglichem Fortschreiten bei Brustkrebs von Dr. Klaus Pantel diskutiert. Mit dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen erhofft man sich Aussagen zur Wahrscheinlichkeit einer Metastasierung sowie zu möglichen Therapiezielen, der Notwendigkeit von Therapien und einem Monitoring von Therapieerfolgen. Jedoch sind sowohl die Verfahren mit Proben aus dem Knochenmark wie auch Blutproben **bisher unsicher**, wie Dr. Stefanie Jeffrey aus dem wissenschaftlichen Beirat von Breast Cancer Action meint. Dr. Max Wicha, der mitunter „Gott der Stammzellen“ genannt wird, verwies auf dem Kongress bei den zur Zeit angewandten Verfahren der Zellsuche auf **falsch-negative Ergebnisse**. Die Ergebnisse zeigten allerdings, dass die Überlebenschancen mit einer steigenden Anzahl zirkulierender Zellen sinken. Es ließ sich nachweisen, dass die Zahl zirkulierender Tumorzellen durch die adjuvanten Therapien sänke. Allerdings konnte wiederum nicht bewiesen werden, dass diese Veränderung die Überlebenschancen beeinflusse. Fragen zu den sogenannten „schlafenden“ Tumorzellen,

die bei Brustkrebs u.a. für die späten Rezidive verantwortlich sein könnten, sind bis heute ebenfalls nicht zu beantworten, etwa: Welche Rolle spielt das Immunsystem? Haben alle Patientinnen schlafende Tumorzellen? Welche Rolle spielt Stress? etc. Die Folien von Pantel, der offenbar u.a. mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf zusammenarbeitet, liegen unter: http://sabcs08.m2usa.com/data/SABCS08_PL2_01.pdf.

Krankheitsbild II: Mehr zum Verständnis zu den Zusammenhängen der Metastasierung

Barbara Brenner hat den für 15 Minuten im Programm verankerten Vortrag von Dr. Joan Massagué zur Metastasierung (Deconstructing Metastasis) angehört. Seiner Beobachtung nach müssten Brustkrebszellen an den üblichen Metastasierungsorten von Brustkrebs in Knochen, Leber oder Gehirn entsprechend der unterschiedlichen Art der Organe über verschiedene Fähigkeiten verfügen, um in diese Gewebe einzudringen und sie zu besiedeln. Der Wissenschaftler betonte, dass es im Gegensatz zu Darm- oder Lungenkrebs bei Brustkrebs oft viele Jahre dauert, manchmal sogar sehr viel länger, bis eine Metastasierung manifest wird. Demzufolge haben Brustkrebszellen diese Fähigkeit möglicherweise anfänglich noch nicht und müssen sie in der Mikroumgebung, in die sie eingebettet sind, erst entwickeln. Für die Onkologie sei eine Metastasierung zwei oder drei Jahre nach der Erstdiagnose bei Brustkrebs früh, während diese Zeitspanne für die Biologie im Allgemeinen jedoch eine lange Zeit sei. Barbara Brenner stellt die spannende Frage, wie die Mikroumgebung sein muss, um diese Veränderungen zu bewirken, doch der Vortrag bot hierzu keine Erklärungen. Im Blickwinkel der Forschung liegen zur Zeit Fragestellungen zum Verständnis der molekularen Struktur von Krebszellen und ihren Spuren in Gensignaturen, die bestimmte Arten der Metastasierung – etwa in Lunge oder Gehirn – vorhersagen können. Die Hoffnungen richten sich insbesondere darauf, **eines Tages nur diejenigen Patientinnen zu therapieren, die diese Therapie auch brauchen**.

Dr. Larry Norton hielt in der „McGuire Lecture“ einen Vortrag, der etablierte Vorstellungen von Brustkrebs auf den Kopf stellt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass **die Metastasierung bei Brustkrebs ein Problem der „Selbst-Aussaat“ (Self-Seeding)** ist, dem mit den bisherigen Therapieformen und Ansätzen der genaueren Klassifizierung von Tumoren z.B. über Genexpressionsprofile nur in vergleichsweise bescheidenem Maße beizukommen sei. Die Präsentation zu dem sehr interessanten Vortrag ist online verfügbar unter: http://sabcs08.m2usa.com/previewer.html.

Dr. Patricia Steeg ist eine Molekularbiologin, die die „Women’s Cancers Section“ am NCI, der nationalen Krebsforschungseinrichtung der USA, leitet. Sie forscht seit rund 20 Jahren an den Mechanismen der Metastasierung und wurde 2008 auf diesem Kongress mit dem „Brinker Award“ der Komen Foundation ausgezeichnet. Sie hielt einen Vortrag über „Molekulare Erkenntnisse bei der Metastasierung von Brustkrebs“ und widmete sich dabei u.a. den sogenannten **Suppressor-Genen**. Sie selbst hat das erste derartige Gen entdeckt, über 25 solcher Gene kennt man inzwischen. Von den Suppressor-Genen erhofft man sich zukünftig sowohl Informationen über die jeweils individuell vorliegende Tumorerkrankung als auch neue therapeutische Ansätze.

Therapie I: Antihormontherapien

Fünf verschiedene Präsentationen zu Aromatasehemmern wurden vorgestellt. Die Ergebnisse sind für Barbara Brenner von Breast Cancer Action „allenfalls verwirrend". Problematisch sei die Praxis der „**Entblindung**" und des „**Cross-Over**", die bei heutigen Studien häufig anzutreffen seien und zu einer **Verzerrung bzw. einer Unmöglichmachung von validen Studienergebnissen** führten. Als weiteres Problem wurden hier sogenannte „Open-Label"-Studien benannt, bei denen sowohl Arzt als auch Patientin wissen, welche Medikationen verabreicht werden. Nach kurzem Zeitablauf werden Therapieempfehlungen teils auch dann ausgesprochen, wenn keine „statistisch signifikanten" Daten, sondern lediglich „Trends" vorlägen. Barbara Brenner schlägt jedenfalls vor, die Patientinnen – und Teilnehmerinnen der Studien – in dem Wissen um die Notwendigkeit brauchbarer Ergebnisse zu fragen, ob sie nicht für brauchbare Studienergebnisse von solchen Praktiken wie Entblindung und Cross-Over lieber absehen möchten.

Therapie II: Die Diskussion um Anthrazykline

Die Diskussion darüber, ob Dr. Dennis Slamon mit seiner Aussage, dass die TopoIIa-Überexpression die Möglichkeit des Ansprechens auf Anthrazykline (eine der auch in Deutschland am häufigsten eingesetzten Chemotherapien bei Brustkrebs mit sehr toxischen Nebenwirkungen) anzeigt, wurde viel diskutiert. Der Vortrag „Chromosome 17 polysomy (CH17) as a predictor of anthracycline response: emerging evidence from the UK NEAT adjuvant breast cancer trial (Abstract 45, http://www.abstracts2view.com/sabcs/view.php?nu=SABCS08L_1444) kommt zu dem Schluss, dass eine Chromosom 17 Polysomie http://de.wikipedia.org/wiki/Polysomie (CH17) das Ansprechen am ehesten vorhersagen kann, während TopoIIa- sowie Her2-Überexpressionen Ersatz dafür wären. Diese Diskussion wird bei uns in Deutschland bisher praktisch nicht verfolgt. **Obwohl es Grund zu der Annahme gibt, dass viele Patientinnen, die Anthrazykline erhalten, keinen Vorteil sondern möglicherweise sogar Nachteile von der Therapie haben (Risiken schwerster Nebenwirkungen) und Alternativen in der Therapie bestehen, steht eine Reaktion der Fachgesellschaften bzw. des IQWIG bei uns noch aus**. In der Leitlinie sind Anthrazykline ohne Einschränkungen weiterhin vorgegeben, obwohl diese Zusammenhänge nicht sehr neu sind.

Breast Cancer Action betont jedenfalls die Bedenken, die hinsichtlich des Einsatzes von Anthrazyklinen bestehen, insbesondere angesichts der wahrscheinlich sehr geringen Anzahl von Patientinnen, die einen Vorteil durch die Therapie haben könnten. Breast Cancer Action hat sich deswegen bereits mehrfach mit dem Thema auseinandergesetzt und verweist auf die eigene Webseiten-Suche, was wir bei Interesse auch unseren Leserinnen für unsere Webseite empfehlen. Geben Sie dazu das Suchwort „Anthrazykline" bei www.bcaction.de ein. Während sich Dr. Slamon gegen Anthrazykline ausspricht, verteidigt ein anderer Wissenschaftler, Dr. Mark Levine, die Chemotherapie mit Anthrazyklinen.

Ein Satellitensymposium wurde von Fran Visco, der Vorsitzenden der National Breast Cancer Coalition NBCC, geleitet. Die NBCC hatte bereits **vor rund zwei Jahren** Fachwelt und Patientinnenvertreterinnen eindringlich aufgerufen, den Einsatz der Anthrazykline kritisch zu überprüfen, s. dazu auch unsere **Pressemeldung von 2007:** Neubewertung dringend gefordert: NBCC fordert Prüfung von anthrazyklinhaltigen Chemotherapien.html.

Fran Visco fragte, welcher Evidenzgrad denn erreicht sein müsste, um einen Behandlungsstandard zurückzunehmen. Diese Frage hatte auch Barbara Brenner in der BCAction-Zeitschrift „The Source“ vom März 2008 gestellt. Warum geht es so schnell, eine aggressive Therapie zum Standard zu machen, und warum ist es so schwer, diese Therapie aus dem Repertoire wieder zu entfernen, wenn man sieht, dass sie nicht funktioniert? Dies ist eine bittere Frage zu einem Medikament, das auch den Namen „der rote Tod“ trägt und von dem wir immer wussten, dass wir wahrscheinlich wenig Nutzen von ihm haben. In der Festschrift „50 Jahre Krebsregistrierung: Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen 1953 – 2003“ lesen wir beispielsweise: „So wurde im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie das **Risiko einer Leukämieerkrankung** nach einer vorausgegangenen Brust- bzw. Ovarialkrebserkrankung untersucht. Es zeigte sich, dass die Patientinnen, deren primäre Krebserkrankung **mit einer Chemotherapie** behandelt wurde, gegenüber den übrigen Patientinnen ein **deutlich erhöhtes Leukämierisiko** trugen.“ PDF der Festschrift: http://www.berlin.de/imperia/md/content/gkr/publikationen/weitere/festschrift.pdf

In **„The Source“** beschreibt Brenner, wo Ursachen für die Schwierigkeiten beim Umdenken in den USA liegen. Wahrscheinlich läge es daran, dass US-Ärzte, ebenso wie viele Patientinnen übrigens auch, annähmen, dass ein aggressiveres Vorgehen bei Krebs mehr Menschenleben retten könne als ein weniger aggressives. Man will Patientinnen nichts vorenthalten und bei eventuellen Klagen vor Gericht auch nicht Gefahr laufen, im Falle des Fortschreitens der Krankheit wegen Unterlassung verklagt zu werden. Weitere Barrieren sind die immensen Investitionen, die man bereits in diese Therapien gesteckt hat. Man berechne diese einmal lediglich für den weltweiten Einsatz von Anthrazyklinen bei Brustkrebs in den vergangenen 30 Jahren – eine Utopie! Die Umstellung von Leitlinien und sämtliche damit verbundenen Verwaltungsarbeiten kommen noch hinzu. Das alles, so schreibt Barbara Brenner, mache es sehr schwer, das schwerfällige Schiff in andere Bahnen zu lenken. Fran Visco führte jedenfalls weiterhin aus, dass die richtige Zielrichtung der Therapien die Effektivität, Lebensqualität, finanzielle Lasten und Toxizität berücksichtigen müssten. Noch stehen auch Antworten zu der Frage nach der besten Testmöglichkeit des TopoIIa-Gens aus, die sich zudem mit Diskussionen zu den bestmöglichen Testverfahren für Her2-neu überschneiden. Die medizinische Praxis sollte jedoch dahingehend geändert werden, dass nur diejenigen Patientinnen toxische Therapien erhalten, die auch davon profitieren könnten. **Im Falle der Anthrazykline würde dies bedeuten, dass nur noch rund 8% der Brustkrebspatientinnen, die eine Her2-neu- plus TopoIIa-Überexpression an den Tumorzellen aufweisen, für diese Therapien überhaupt in Frage kommen.**

Therapie III: Herceptin

Bei lokal fortgeschrittenem Brustkrebs konnte eine Studie zeigen, dass nach drei Jahren das Überleben ohne Krankheitsrezidiv (EFS) bei Gabe von Herceptin verbessert war. Hinsichtlich des Gesamtüberlebens gab es allerdings keine signifikanten Unterschiede, berichtet Barbara Brenner zum Abstract 31 (**Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER-2 positive breast cancer – update on efficacy and safety results of the HERA trial**, Goldhirsch A). Andere Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit Her2, Testverfahren und neuen Medikamentenkombinationen sind derzeit noch in experimentellem Stadium.

Therapie IV: Neue Medikamente

Eine neue Abkürzung für eine Medikamentengruppe sorgte für Aufmerksamkeit: „STI“ steht für „Signal Transduction Inhibitor“ (übersetzt etwa: Signalweitergabe-Hemmer). Aussagen zur Überwindung von Resistenzen anderer Brustkrebsmedikamente mit dieser neuen Medikamentengruppe wurden kontrovers thematisiert, denn vorliegende Forschungsergebnisse sind nicht so exakt, dass sie auf die einzelne Patientin direkt übertragbar wären. Zur Sprache kamen: Unnötige Nebenwirkungen, unklare Ergebnisse und die höheren Kosten für das Gesundheitssystem. Auch hier geht es bisher also um den eher experimentellen Bereich.

Therapie V: Zugang zu Fortschritten in der Brustkrebstherapie

In einer Diskussion mit Brustkrebs-Experten wird Barbara Brenner berichtet, dass es eine Menge Fortschritte in der Brustkrebs-Therapie gäbe. Auf ihre Rückfrage, wer die Möglichkeit hätte, von diesen neuen Therapien zu profitieren, heißt es jedoch sogleich: „Ja, das ist eine andere Frage …“. Brenner bemängelt an erster Stelle, dass der Gedanke des Zugangs zu den neuen Therapien vernachlässigt wird: „It seems to me that as long as we think about medical advances as divorced from the issue of their affordability, we won’t be able to make real progress in cancer.” (übersetzt: Es scheint mir, dass wir, solange wir medizinische Fortschritte losgelöst von der Frage der Erschwinglichkeit sehen, zu echten Fortschritten in der Krebstherapie nicht fähig sind.) Alle betroffenen Frauen bräuchten schließlich Zugang zur bestmöglichen Therapie, nicht nur jene, die sich diese leisten können – eine in den USA relevante Frage, die auch bei uns zunehmend an Bedeutung gewinnt, der steile Anstieg der Medikamentenpreise Probleme und Fragen aufwirft. Außerdem leben viele Frauen mit Brustkrebs nicht in den westlichen Industrienationen und haben einen noch viel schlechteren Zugang zu Therapien und teuren neuen Medikamenten als Frauen in Deutschland oder den USA.

Am Rande I: Begrüßungsdinner der Alamo-Foundation

Die Alamo Foundation ist vor Ort in San Antonio, Texas, aktiv. Beim Begrüßungsdinner hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, sich vorzustellen und mitzuteilen, für welche Organisation sie am SABCS teilnehmen. Barbara Brenner war überrascht, dass so viele

Frauen sich in so vielen unterschiedlichen Organisationen engagieren. Allerdings, so stellt Brenner fest, widmen sich nur Wenige der Interessenvertretung. Die einzige Person, die bei dem Dinner unerbetenen Beifall bekam, so Brenner weiter, war der einzige männliche Arzt im Raum, Dr. Peter Radvin, der sich für das Alamo-Programm engagiert. Alle Anderen engagierten sich im Bereich Brustkrebs, doch allein Spezialisten seien das Maß der Dinge, resümiert Barbara Brenner weiter, auch hinsichtlich der AIDS-Bewegung einen Vergleich ziehend. Sie zitiert dazu einen AIDS-Aktivisten: Aktivisten wären verängstigt und wütend, doch heute habe niemand mehr Angst, was den Medikamenten zu verdanken sei. Sind AIDS-Medikamente eigentlich erfolgreicher als Medikamente gegen Brustkrebs? Barbara Brenner hält jedenfalls fest, dass bei dem Begrüßungsessen auch ein Repräsentant von Novartis, dem Hersteller des Medikaments Femara und Sponsor der Alamo Brustkrebs-Stiftung, anwesend war. Eine Patientin bedankte sich für das Medikament, was Brenner zu der Frage: „Aktivismus?“ veranlasst. Thema in San Antonio war u.a., dass die KOMEN-Foundation, die auch in Deutschland aktiv ist, in Dallas 39 Mitarbeiterinnen entlassen hat. Die Krise verschont offenbar auch amerikanische Brustkrebs-Organisationen nicht.

Am Rande II: Mittagessen mit Big Pharma – Novartis

Die Unterhaltung zur Mittagszeit am 13. Dezember bot der Konzern Novartis mit seiner Werbung für das Medikament Zometa. Im Programm hieß die Veranstaltung: „Metastasierter Brustkrebs – Warum sind meine Knochen wichtig?“ Die Schauspielerin Marcia Strassman (Jg. 1948), die hier Einigen vielleicht durch Filme wie „Liebling, ich habe die Kinder geschrumpft“ bekannt ist, erhielt bereits bei ihrer Erstdiagnose der Brustkrebserkrankung auch die Diagnose einer Knochenmetastasierung. In ihrem Facebook-Account teilt sie als Novartis-Partnerin mit, dass sie alle 28 Tage eine Infusion mit Zometa erhält und wirbt damit für das Medikament in den USA. „Marcia Strassman nimmt die aktive Rolle einer Patientinnenvertreterin ein“ lesen wir in ihrem Facebook-Account, der direkt zur Produkt-Information von Novartis verlinkt. Die Schauspielerin wurde mit Brustkrebs diagnostiziert, nachdem sie selbst „einen Hügel“ in ihrer Brust fand, und das, obwohl sie regelmäßig zur Mammographie gegangen war. Die letzte Mammographie wurde sieben Monate vor der Diagnose erstellt. Die Schauspielerin hatte bereits früher für Krebs-Charities Geld gesammelt und u.a. deswegen Zugang zu den besten Ärzten, schreibt Barbara Brenner. Ein Knochenszintigramm zeigte unglücklicherweise Metastasen und sie erhielt fortan Arimidex und Zometa. Allerdings entwickelte sie unter Arimidex eine allergische Reaktion und wechselte zu dem Medikament Femara. Marcia Strassman ist sehr dankbar für diese Medikamente, die beide von Novartis hergestellt werden und ihr beide wenig Nebenwirkungen verursachen, wie sie auf dem SABCS die ZuhörerInnen wissen lässt. Brenner hält jedoch fest, dass sie eine gute Krankenversicherung hat, die ihre Therapien bezahlt – was nicht allen Brustkrebspatientinnen in den USA möglich ist, da sie entweder gar keine Krankenversicherung oder nur unzureichenden Versicherungsschutz haben.

Weiterhin sprechen die Ärzte Dr. Adam Brufsky und Dr. Hope Rugo zu Zometa. Brenner merkt an, dass nicht bekannt sei, was Novartis als Honorar für die Arbeit der beiden Ärzte für den Konzern zahle. Brufsky sagt für die kommenden Jahre große Fortschritte in der

Brustkrebstherapie und das Überleben der meisten Patientinnen voraus. Die Patientinnenvertreterinnen im Raum fordert er auf, Geld für die Forschung zu sammeln. Rugo spricht schließlich sehr ausführlich über die „real world of Zometa“, während sie nachfolgend ausführlich darlegt, wie selten die Kiefernekrose als Nebenwirkung sei.

Anschließend konnten bei dieser Veranstaltung Fragen gestellt und auch schriftlich eingereicht werden. Barbara Brenner nutzt die Gelegenheit für eine Nachfrage an den Konzern, der einerseits Medikamente wie z.B. Aromatasehemmer gegen Brustkrebs herstellt, andererseits aber auch das Herbizid Atrazin, das bekannt dafür ist, dass es die Aromatase wiederum stimuliert. Eine Antwort wird jedoch zumindest von Brenner nicht übermittelt. Die Patientinnenvertreterin Roberta Gelb, die mit verschiedenen Organisationen arbeitet, fragt Brufsky, warum eigentlich niemand den Patientinnen die Empfehlung gäbe, ihr Leben zu leben und die Brustkrebstherapie ihren Onkologen zu überlassen, eine Frage, die dieser jedoch sehr defensiv beantwortet.

Im Gespräch nach der Veranstaltung stellt Barbara Brenner fest, dass viele von der Veranstaltung enttäuscht waren, denn es wäre klare Information und nicht der zuckersüße Einheitsbrei eines Pharmakonzerns erwünscht gewesen. Allison Young drückt es noch etwas deutlicher aus. Sie hat den Eindruck gewonnen, dass Novartis die Situation der Patientinnen nicht verstünde: Frauen mit Brustkrebs, die an einer wissenschaftlichen Konferenz teilnähmen, wollen fundierte Informationen, während lediglich variierende Grade eines rosafarbenen Lifestyles geboten wurden. Sie regt sich auch über die Schauspielerin auf, die die Bequemlichkeit ihrer 28-Tage-Infusionen lobt, während sie das Land bereist und andere Frauen in den Staaten keinen hinreichenden Versicherungsschutz hätten. Man könne auch nicht so tun, als würde man mit besserem Zähneputzen die Kieferosteonekrosen als Nebenwirkung eines Bisphosphonats beheben können, während genaue Informationen dazu fehlten. Auch die „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ der Ärzte, die in den USA Frauen mit Brustkrebs behandeln, ist offensichtlich nicht ganz nahtlos zu haben. „Ich kann meinen Chirurgen nicht bewegen, mit meinem Onkologen zu sprechen, und Sie wollen mir sagen, dass mein Onkologe mit meinem Zahnarzt reden sollte?“, fragt eine Patientin. Das kommt uns doch auch irgendwie bekannt vor. Am Ende der Konferenz erhält Allison dann noch den Anruf einer Patientin. Sie hat Probleme mit einer Kiefernekrose. (An der Berliner Charité wird zur Kiefernekrose ein Zentralregister geführt, weitere Info: http://www.charite.de/zmk/Kiefernekrose_Patinfo_Einverstaendnis_Zentralregister_Berlin.pdf)

Am Rande III: Advocacy Lunch bei Genentech

Nicht nur Novartis, auch Genentech (eine Firma, die mehrheitlich im Besitz des Pharmakonzerns ROCHE ist) hatte sich etwas Spezielles für Interessenvertreterinnen auf dem SABCS 2008 einfallen lassen: Ein „Advocacy Lunch“, also die Einladung von Patientinnenvertreterinnen zum Mittagessen. Barbara Brenner outet es als

Firmenwerbung, Jane Zones aus dem Breast Cancer Action-Team nennt es Public Relations. Zentral bei diesem Treffen ist eine Präsentation von Firmenmitarbeitern, die die Produktpalette, die Genentech entwickelt, ins rechte Licht rückt.

Genentech hat außerdem anlässlich des 10. Geburtstages der Zulassung von Herceptin ein Video gedreht, das die Rolle der Patientinnenvertreterinnen bei Entwicklung und Zulassung des Medikaments hervorhebt, und zwar als Weg, um sich auf diese Weise bei den Patientinnenvertreterinnen zu bedanken, wie Barbara Brenner schreibt. Jane Zones vom Breast Cancer Action-Team beschreibt die Ironie der Geschichte, dass es nämlich vor rund 12 Jahren ausgerechnet Frauen von Breast Cancer Action waren, die für starken Druck hinsichtlich der schnellen Zulassung von Herceptin sorgten. Nachdem eine der Frauen sich an die Tore von Genentech gekettet hatte, änderte sich die Situation schnell. Margi Stuart, damals BCA-Vorstandsmitglied, war eine der ersten, die nach dieser Aktion Herceptin erhielten. Sie konnte mit dieser Therapie eine Verlängerung der Überlebenszeit erreichen und erlebte so noch, wie ihre jüngste Tochter die Schulausbildung abschloss. Margi Stuart starb 1997. Von diesen Aktivistinnen wurde in dem Video natürlich niemand gezeigt. Und obwohl BCA und Genentech damals in enger Verbindung standen – der Verzicht auf finanzielle Mittel aus der Pharmaindustrie wurde erst 1998 verabschiedet –, hat Genentech für das aktuelle Video niemanden von Breast Cancer Action interviewt. Das Firmenvideo berichtete u.a. auch über Avastin. Breast Cancer Action hatte, wie auch die NBCC, gegen eine Zulassung dieses Medikamentes in der Brustkrebstherapie opponiert. Es überrasche nicht, dass solche Meinungen keinen Eingang fänden, sondern hauptsächlich Meinungen von Menschen, die langjährig für die Firma gearbeitet haben, gezeigt wurden, und diese berichten natürlich nur Positives. Unter den im Video Interviewten sagte beispielsweise jemand, dass sich die Zusammenarbeit mit der Brustkrebsbewegung von der Konfrontation hin zur Kooperation entwickelt habe, so dass nun eine Partnerschaft mit der Industrie bestünde. „Das stimmt, aber das ist das Problem. Engagement ist nicht Partnerschaft. Wir müssen in der Lage sein, diese Firmen zu pushen, und das können wir nicht als Partner“, kommentiert Barbara Brenner. Gewerkschaften sind schließlich auch keine „Partner“ von Konzernen. Interessenvertretung braucht Unabhängigkeit.

Der Glanz der „hochpreisigen PR“ (Allison Young) fiel in sich zusammen, als bei der nachfolgenden Firmen-Präsentation versucht wurde, den Frauen weiszumachen, wie bedeutend progressionsfreies Überleben (Time To Progression TTP) als Parameter bei den Ergebnissen klinischer Studien sei. Da sagte eine Patientinnenvertreterin nach der anderen, dass die Gesamtüberlebenszeit (Overall Survival, OS) für sie als Parameter relevanter sei. Es sollte vermittelt werden, dass die Zeit bis zur Krankheitsprogression TTP im Vergleich zu einer Verbesserung der Gesamtüberlebenszeit als Endpunkt bei klinischen Studien im Setting bei metastasiertem Brustkrebs zu bevorzugen sei. Aus Firmensicht ist dieser Standpunkt nachvollziehbar, aus Patientinnensicht sind Aussagen zu verbleibenden Überlebenszeiten allemal interessanter.

Hinweise & Quellen:

Wir bedanken uns ausdrücklich bei Breast Cancer Action *für ihre Begleitung der Kongresse sowie für die neutrale und kritische Berichterstattung und die Möglichkeiten, ihre Arbeit zu nutzen!*

Es gibt insgesamt acht Berichte von Breast Cancer Action, die unter
http://bcaction.org/index.php?page=conference-coverage
vollständig nachzulesen sind.

Sämtliche von SABCS veröffentlichte Vorträge können hier eingesehen werden:
http://sabcs08.m2usa.com/previewer.html

Bericht vom vergangenen Jahr (Dezember 2007) bei uns in deutscher Sprache lesen …
http://www.bcaction.de/Blog/pdf/sana_bericht2007.pdf